

**FICHA INSCRIPCIÓN CURSOS DEPORTIVOS/NATACIÓN para >18 AÑOS**

Curso: \_\_\_\_\_

Días: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Precio (€): \_\_\_\_\_ Familia numerosa: Si  Empadronado: Si  Pagado: Si  No

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Nº Abonado (si lo es): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**1. MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE DESEA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA**  
(Marque un solo motivo en la casilla correspondiente con una **X**)

**Problema de Salud**

- Problema de espalda  
 Enfermedad cardiovascular  
 Enfermedad respiratoria  
 Enfermedad aparato locomotor  
 Enfermedad metabólica (obesidad, diabetes mellitas tipo II, hipertensión, osteoporosis)  
 Lesión deportiva  
 Otra situación especial

**Mejora Psíquica**

- Deseo realizar una actividad física que me relaje y reduzca mis niveles de estrés

**Relación Social**

- Deseo relacionarme con otras personas y disfrutar de mi tiempo de ocio de forma saludable

**Mejora Estética**

- Perder peso  
 Ganar peso  
 Reafirmar y tonificar zonas corporales

**Rendimiento Deportivo**

- Mejora de la condición física general  
 Mejora de la condición física específica  
 Deporte competitivo  
 Preparación Oposiciones

**Propios de las actividades acuáticas**

- Aprender a nadar. Tengo pánico al agua.  
 Aprender a nadar. Todavía no me fío.  
 Mejorar mi estilo de nado y aprender otros nuevos.  
 Perfeccionar los estilos de natación.

De acuerdo con lo establecido por el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), le informamos que sus datos están incorporados en un fichero del que es titular ELORTZIBAR SERVICIOS DEPORTIVOS, S.L., con la finalidad de realizar la gestión profesional, así como enviarle comunicaciones sobre nuestros servicios. Puede consultar el texto completo en nuestras instalaciones.

Asimismo, le informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición de sus datos en [info@polideportivonoain.es](mailto:info@polideportivonoain.es).

EUROPAKO LEGEBILTZARRAK ETA KONTSEILUAK pertsona fisikoak babesteari buruzko 2016/679 ERREGELAMENDUA (EB) eman du 2016ko apirilaren 27an, datu pertsonalen tratamenduari eta datu horien zirkulazio askeari dagokienez, eta halaber, 95/46/EE Zuzentaraua indargabetu du (datuak babesteko erregelamendu orokorra). Bada, Erregelamenduan ezarritakoaren arabera, jakizu zure datuak sartu ditugun fitxategiaren titularra ELORTZIBAR SERVICIOS DEPORTIVOS, S.L. dela, eta xedea dela bai kudeaketa profesionala egitea, bai gure zerbitzuei buruzko jakinarazpenak zuri bidaltzea. Gure instalazioetan testu osoa duzu kontsultagai.

Halaber, jakinarazten dizugu baduzuela datuak eskuratu, zuzendu eta ezabatzeko eskubidea, eta era barean, datuon tratamendua mugatu, datuak eraman eta haien aurka jotzeko eskubidea helbide honetan: [info@polideportivonoain.es](mailto:info@polideportivonoain.es).



Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Nº Abonado (si lo es): \_\_\_\_\_

Días: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ /20\_\_\_ Pagado:  Si  No Importe: \_\_\_\_\_ €

## 2.- CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (CAAF)

### Cuestionario auto administrado para adultos (>18 años).

El sentido común es la mejor guía para responder a estas pocas preguntas. Por favor, léalas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso (Sí=X).

- 1. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física solamente con supervisión médica?
- 2. ¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
- 3. ¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
- 4. ¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
- 5. ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física que se propone realizar?
- 6. ¿Le ha prescrito su médico medicación para la presión arterial o para algún problema de corazón (por ejemplo, diuréticos)?
- 7. ¿Está al corriente, ya sea por propia experiencia o por indicación de un médico, de cualquier otra razón que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?
- 8. ¿Tiene usted más de 69 años de edad?
- 9. ¿Está usted embarazada?

\*Si has contestado afirmativamente alguna de las preguntas, antes de iniciar o aumentar el nivel de actividad física actual, debes acudir a tu médico indicándole las preguntas que has respondido afirmativamente. Después de la revisión médica, pide consejo a tu médico sobre tu aptitud para:

- Hacer ejercicio sin restricción.
- Hacer ejercicio con limitaciones o con supervisión médica, por algún periodo de tiempo.

Una copia del informe médico lo deberás entregar al responsable de tu programa deportivo.

\*Si se produce algún cambio en su estado en relación con las preguntas anteriores, notifíquelo inmediatamente al profesional responsable de su programa de actividad.

El usuario con nombre y apellidos indicados en la inscripción al presente curso ha leído, rellenado y entendido la presente ficha y todas sus dudas han sido perfectamente aclaradas; y así lo hace constar mediante su firma en la veracidad de los datos cumplimentados.

Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20 \_\_ \_\_

Firma:

- El carné será personal e intransferible; la utilización de éste por otras personas llevará consigo la pérdida de la condición de abonado. Para acceder es obligatorio tener tarjeta ciudadana, cuyo coste inicial es de 1,50 €.
- La pérdida, extravío o robo del carné de abonado deberá ser notificado a la instalación en el menor plazo posible. La extensión de un nuevo carné conllevará el abono de 8,50€ en concepto de gastos de renovación.

En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), autorizo a ELORTZIBAR SERVICIOS DEPORTIVOS, S.L., con CIF B71289797, y domicilio en Avda. La Lostra 1 – 31110 – Noain (Navarra) – (España), a gestionar mis datos de carácter personal.

He tenido acceso al *Documento 0389 CLIENTES*, donde se completa esta información.

Firma

- 1.- La admisión a los cursos será por riguroso orden de preinscripción.
- 2.- La preinscripción a cualquiera de estos cursos no presupone ningún derecho.
- 3.- La reserva de plaza en el curso solicitado se hará efectiva en el momento del pago del curso en las fechas establecidas en la recepción de la instalación.
- 4.- Los cursos se realizarán si existe una **inscripción final**.
- 5.- Una vez inscrito al curso y realizado el pago no se devolverá la cantidad abonada.